Aus dem städtischen Krankenhaus zu Kiel.

Ueber doppelseitige, eitrige, nicht tuberculöse Pleuritis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Paul Lüders,

approb. Arzt aus Hamburg.

KIEL.

Druck von L. Handorff.

1892.

Aus dem städtischen Krankenhaus zu Kiel.

Ueber doppelseitige, eitrige, nicht tuberculöse Pleuritis.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der medizinischen Fakultät zu Kiel

vorgelegt von

Paul Lüders,

approb. Arzt aus Hamburg.

KIEL.

Druck von L. Handorff.

1892.

No. 44.
Rektoratsjahr 1892/93.
Referent: Dr. Quincke.
Druck genehmigt:
Völckers, Decan.

Meinem lieben Oheim,

dem Landgerichtsdirector Dr. jur. Riecke

als ein geringes Zeichen der Dankbarkeit.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153718_0109

„Doppelseitige Pleuritiden sind fast immer tuberculös und daher prognostisch ungünstig zu beurteilen.“ In diesem Sinne sprechen sich die Autoren über eine Krankheit aus — wenn sie sie überhaupt berühren — welche in so verschiedener Art und Weise auftreten kann und welcher so mannigfache Ursachen zu Grunde liegen können, dass man entschieden über das Ziel hinausschiesst, wenn man in solcher Allgemeinheit die doppelseitige Pleuritis von Tuberculose abhängen lässt. Es ist in vielen Fällen schwierig, mit Sicherheit zu constatieren, dass keine Tuberkulose vorliegt, weil es sich trotz negativen Befundes von T. B. um Tuberculose handeln kann; denn „T. B. *) sind bei der tuberculösen Pleuritis gewöhnlich nicht vorhanden, weil die Tuberkelknötchen der Serosa niemals exulcerieren.“

Wenn man aber einerseits Patienten, welche an einer doppelseitigen eitrigen Pleuritis erkrankt waren, wieder vollständig gesunden und gesund bleiben sieht, andrerseits bei der Sektion eines an dieser Erkrankung oder einer Complication zu Grunde gegangenen Individuums keine Spur von Lungentuberculose zu finden ist, so kann man doch wohl mit Bestimmtheit annehmen, dass keine Tuberculose vorgelegen hat. Und in der That giebt es eine Anzahl Beobachtungen, nach welchen das doppelseitige pleuritische Empyem teils als idiopathisches Leiden, teils als Complication einer andern, aber nicht tuberculösen Erkrankung auftrat.

Bevor ich jedoch einen von uns beobachteten und eine Anzahl von mir aus der Litteratur zusammengestellte Fälle mitteile, möchte ich zunächst den Wortlaut der Autoren anführen, um denselben weiterhin besser mit den bezüglichen Fällen vergleichen zu können.

So sagt Fräntzel **): „Doppelseitige Pleuritis ist eigentlich immer, wenn sie auch scheinbar idiopathisch auftritt, tuberculöser

*) Strümpell, Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Leipzig 1889, Bd. I.

**) Ziemssen, Handbuch 1875, Bd. IV, Abt. 2.

Natur, erreicht aber nur selten eine so hohe Entwickelung, dass sie als solche das Leben bedroht, meist ist sie nur eine schwere Complication einer schon mehr oder weniger stark vorgeschrittenen Lungenerkrankung."

Weiterhin: „Die Pleura der anfangs gesunden Seite wird gewöhnlich nur dann mit erkranken, wenn das primär afficierte Brustfell von Tuberculose ergriffen wird. Man kann daher den ziemlich sichern, auf Erfahrung begründeten diagnostischen Satz aufstellen, dass eine gleichzeitig vorhandene doppelseitige Pleuritis gewöhnlich tuberculöser Natur ist."

Und endlich sagt derselbe Autor bezüglich der Prognose der Pleuritis, dass ungünstig zu nennen sei: 1) „eine doppelseitige Pleuritis, denn sie spricht fast immer für eine tuberculöse Erkrankung der Pleura etc."

Strümpell*) spricht sich noch positiver in diesem Sinne aus, indem er bemerkt: „Jede doppelseitige Pleuritis ist der Tuberculose im höchsten Grade verdächtig."

Henoch**) giebt Folgendes an: „Bei Bronchopneumonie finden wir, dem Sitze derselben entsprechend, auch die Pleuritis nicht selten doppelseitig, beide Lungen mit eitrig fibrinösen Auflagerungen bedeckt, seltener eitriges Exsudat in der Pleurahöhle."

Endlich bemerkt Gerhardt***), dass septische Infection von irgend einer Wunde aus, ganz gewöhnlich auch Pleuritis zu Wege bringe, welche bald ein-, bald doppelseitig von Herden in der Lunge ausgehend oder durch die Lymphbahnen übertragen, meist eitrig, zuweilen zellenarm, ganz untergeordnete oder selbstständigere Bedeutung gewinnen könne.

Soweit die Ansichten der Autoren, denen ich jetzt die Krankengeschichten der oben erwähnten Fälle folgen lasse.

Fall 1.

Aus dem städtischen Krankenhaus, Kiel.

Karl Schwartz, 24 Jahre alt.

Anamnese: Vater an einer Magenkrankheit gestorben; Mutter lebt, ist gesund, ebenso Geschwister bis auf einen Bruder,

*) Strümpell, Lehrbuch der speciellen Pathologie und Therapie, Leipzig, 1889, Bd. I.

**) Henoch, Kinderkrankheiten, 6. Auflage.

***) Deutsche Chirurgie. Gerhardt, die Pleuraerkrankungen, Stuttgart 1892.

der verwachsen sein soll. Lungenkrankheiten sollen in der Familie nicht vorgekommen sein. Pat. selbst will stets gesund gewesen sein, nur 1887 einen Lungencatarrh mit rötlichem Auswurf gehabt haben.

18. IV. 91. Bei der Arbeit mit Schüttelfrost, heftigen Stichen in der rechten Seite erkrankt; Athemnot, blutiger Auswurf.

19. IV. wird Pat. ins Krankenhaus aufgenommen.

Status: Gut genährter, kräftig gebauter Mann; klagt über heftige, stechende Schmerzen in der rechten Axillargegend beim Athemholen und quälendem Husten, der wegen der Schmerzen möglichst unterdrückt wird. Thorax: breit, gut gewölbt, Athembewegungen sehr frequent, 60, oberflächlich. Lungen: Lungenlebergrenze 6 J. C. R., Lungenherzgrenze unterer Rand der 4. Rippe. Hintere untere Lungengrenze nicht deutlich zu bestimmen. R. h. u. ausgesprochene Dämpfung bis zum 6. Brustwirbel. Im Bereich der Dämpfung hört man unbestimmtes resp. bronchiales Athmen, daneben zahlreiche feinblasige Rasselgeräusche. Pectoralfremitus nicht deutlich verstärkt. Athmungsgeräusch über der rechten Lunge sonst normal, vesikulär; in der rechten Axillargegend in grosser Ausdehnung lautes pleuritisches Reiben. L. h. u. ebenfalls deutliche Dämpfung bis zum 7. Brustwirbel, lautes bronchiales Athmen, wenige feinblasige Rasselgeräusche. Verstärkung des Pectoralfremitus. Athmungsgeräusch in den übrigen Teilen der linken Lunge normal. Das Sputum ziemlich reichlich, zähe, rostfarben. Herz: Spitzenstoss im 5. J. C. R. innerhalb der linken Mamillarlinie. Herzdämpfung in normalen Grenzen. Herztöne rein und deutlich. P. 92, regelmässig, voll und kräftig. Bauchorgane normal. Appetitmangel, grosser Durst. Stuhl seit 3 Tagen angehalten. Urin reich an Uraten, ohne Eiweiss. T. 38°.

Diagnose: Pneumonia crouposa duplex.

20. IV. Status idem.

25. IV. Fieber etwas niedriger, um 39°, sonst um 40°. Lungenbefund: Dämpfung, r. h. u. unverändert, erstreckt sich aber jetzt bis in die Axillargegend. Dämpfungslinie von r. h. o. nach r. v. u. verlaufend. Athmungsgeräusch sehr leise, unbestimmt. Pectoralfremitus kaum fühlbar. Pleuritische Schmerzen in der Axillargegend und rechts vorn verschwunden. Leber überragt den untern Rippenrand um 3 Finger breit. L. h. u. Dämpfung und Athmungs-

geräusch ziemlich unverändert. L. v. in der Herz- und Axillargegend heftige pleuritische Schmerzen und in grosser Ausdehnung pleuritisches Reiben hörbar. P. 120, weniger kräftig (Campherinjection). R. 60.

27. IV. Lungenbefund unverändert. Probepunction r. seröses Exsudat.

1. V. Exsudat r. hat noch zugenommen, dagegen l. h. jetzt auch deutliche Abschwächung des Athmungsgeräusches und sonstige Symptome eines Ergusses. R. 52. P. 116. T. mit mässigen Remissionen um 39° herum. Reichliches, zähes Sputum, 7. T. rostfarben, 7. T. rein blutig.

5. V. Punction l.: entleert wurden 800 ccm serösen, mässig blutig gefärbten Exsudates. Dämpfung rechts unverändert. T. etwas niedriger. P. 120, R. 44.

7. V. T. wieder etwas höher, bis 39,5°. Dämpfungsgebiet r. hat sich etwas vergrössert. Punction r.: 1100 ccm rein eitrigen Exsudates. L. h. Dämpfung bis zum 7. Brustwirbel; reichlicher, schleimig-eitriger Auswurf. P. 120. Allgemeinbefinden mässig.

13. V. T. nach der letzten Punction mehrere Tage wenig über 38°; wegen neuer Steigerung Punction r.: 750 ccm eitrigen Exsudats. Dämpfung l. unverändert. Probepunction l.: seröses Exsudat, nicht mehr blutig tingiert. In dem reichlichen Sputum und in der entleerten Exsudatflüssigkeit Tuberkelbacillen nicht nachweisbar.

16. V. Rippenresection r.: es wird eine grosse Menge dickflüssigen Eiters entleert. Exsudat l. unverändert.

20. V. T. unverändert um 39°. Starke Secretion der r. Pleurahöhle. P. 120, R. 36. Allgemeinbefinden schlecht.

10. VI. Noch immer besteht Fieber, im Ganzen etwas niedriger, mit starken Morgenremissionen (ca. 38,6° Abends, 37,2° Morgens). Empyemhöhle verkleinert sich wenig, noch immer starke Secretion; reichliches, schleimig-eitriges Sputum. Probepunction l.: seröses Exsudat, hat an Ausdehnung etwas abgenommen. Körpergewicht 102 Pfd; Allgemeinbefinden schlecht.

5. VII. T. zeitweilig annähernd normal, in den letzten Tagen wieder höher, sehr stark remittierend. Empyemhöhle wird langsam kleiner. Dämpfung l. h. unverändert. Reichlicher schleimig-eitriger

Auswurf, enthält keine Tuberkelbacillen. Oedeme an den Beinen Urin eiweissfrei.

Probepunction l. ergiebt seröses Exsudat.

14. VII. Probepunction l.: eitriges Exsudat.

17. VII. Punction l.: 650 ccm dickflüssigen Eiters. Empyem r. noch nicht geschlossen, noch immer ziemlich starke Secretion. Körpergewicht 97 Pfd.

25. VII. T. seit der letzten Punction normal. Allgemein. befinden etwas besser. P. 104, R. 30.

16. VIII. In den letzten Tagen T. zeitweise in die Höhe gehend, wieder fieberhaft. L. h. wieder deutlich ausgedehnte Dämpfung. Punction l.: 1400 ccm eitrigen Exsudates.

30. VIII. T. dauernd normal geblieben; Empyemhöhle r. fast geschlossen, l. h. u. Dämpfung bis zur 8. Rippe. Allgemeinzustand trotz der normalen T. sehr schlecht. Oedeme haben zugenommen. Appetitlosigkeit. Körpergewicht wieder gesunken auf 94 Pfd. P. 90, klein und schwach.

8. IX. Da der Allgemeinzustand sich nicht bessert bei dauernd normaler T. und l. h u. noch ein mässiges eitriges Exsudat nachweisbar. Rippenresection l.: Entleerung einer mässigen Menge dickflüssigen Eiters, ausserdem sehr zahlreicher grösserer und kleinerer käsiger Klumpen. Fistel r. beinahe geschlossen.

14. IX. Allgemeinbefinden sehr gut. T. dauernd normal. Körpergewicht wieder auf 96 Pfd. gestiegen. R. Fistel geschlossen.

22. IX. L. Empyemhöhle verkleinert sich sehr rasch, fast gar keine Secretion. Der bisher immer noch sehr reichliche Auswurf erheblich vermindert, eitrig, ohne Tuberkelbacillen. Körpergewicht 104 Pfd.

23. X. Fistel l. geschlossen. Körpergewicht 120 Pfd. Noch mässige Oedeme vorhanden.

Bei der Entlassung (2 Monate später) Körpergewicht 143 Pfd. Lungenbefund normal. Keine Retractionserscheinungen am Thorax. Umfang desselben 91 cm. Respiratorische Excursion noch gering, 2—3 cm (93—94 cm).

Fall II*).

Febris puerperalis — Erysipelas Mammarum — Empyema duplex — Drainage — Heilung. — Dauer der Drainage 58 Tage.

*) Aust, Beitrag zur Behandlung der Empyeme mittelst der Bülau'schen Aspirations-Drainage, Kiel 1892.

Wickord, Dora, 21 jährige Ehefrau aus Altona. Früher nie erheblich krank. Am 11. XII. 89 zum zweiten Mal entbunden ohne Kunsthilfe, 3 Tage später mit Fieber und allgemeiner Abgeschlagenheit erkrankt. Am 21. XII. Aufnahme. Pat. ist benommen, deliriert. Lochien spärlich — übelriechend — Abdomen und Parametrien nicht besonders empfindlich. Ueber den Lungen h. u. beiderseits feuchtes Rasseln. T 39,5°, P 132, R 50. — An beiden Mammae Erysipel. Am 23. XII. r. h. u. handbreite Dämpfung mit Bronchialathmen, l. h. u. feinblasiges klingelndes Rasseln ohne nachweisbare Dämpfung. Das Erysipel bleibt auf die Mammae beschränkt und blasst ab. Am 31. XII. 89 Probepunction r. h. u.: Seröses, leicht getrübtes Exsudat. Es bildet sich von nun an, während die Temperatur sich continuierlich zwischen 38° und 39° hält, allmählig auch l. h. u. eine intensive Dämpfung mit Bronchialathmen aus. Nach wiederholter negativer Probepunction wird am 11. I. 90 l. h. u. ein Empyem constatiert. Am 16. I. Heberdrainage. Der Eiter fliesst langsam und spärlich ab. Das Fieber bleibt zunächst noch einige Tage constant, um vom 20. I. an unter allmähligem Anstieg einen mehr intermittierenden Character anzunehmen. Dämpfung l. h. u. unverändert. Am 24. I. Probepunction daselbst: Empyem. Heberdrainage. Die Secretion ist beiderseits eine mässige, immer spärlicher werdende. Die Temperatur sinkt allmählich, steigt indess, nachdem am 2. II. der Schlauch links gelegentlich eines Verbandwechsels herausgeglitten und versuchsweise ganz weggelassen war, von Neuem und wird unregelmässig intermittierend. Rechts freier Abfluss. Am 12. II. wird, da sich links wieder Eiter angesammelt hatte, von Neuem drainiert. Der Abfluss ist von nun an ein unbehinderter, die Secretion nimmt allmälig ab, das Allgemeinbefinden hebt sich sichtlich. Am 27. II. wird links, am 14. III. rechts das Schlauchsystem entfernt. Nach langer Reconvalescenz wird Pat. beschwerdefrei entlassen. Der Lungenbefund ist normal.

Fall III. *)

Ein Fall von geheiltem primärem, doppelseitigem Empyem.

Am 8. April wurde ich aufgefordert, eine Aspiration der Pleurahöhle vorzunehmen an H. A., einem Knaben von 15 Jahren.

*) Hermann C. Gardinier, Case of double primary Empyema with recovery. New-York Med. Red. 1888, Aug. 21.

Ich fand den Pat. in ausserordentlicher Orthopnoe, laut keuchend. R. 44. P. 130. Lippen cyanotisch, Haut bleich und livide, grosse Schweisstropfen auf der Stirn. Der Knabe sah sehr ängstlich und verstört aus und sprach in abgebrochenen Sätzen.

Eine respiratorische Excursion der Brust war nicht vorhanden, nur eine geringe Erhebung, während die Scapulae sich etwas nach aussen und oben bewegten. Beide Seiten der Brust waren vergrössert, die Intercostalräume verstrichen. Die Herzspitze nach unten und innen verdrängt, Herzstoss unter dem proc. xiphoid. Unterhalb der Spin. scapul. Stimmfremitus nicht hörbar; eine deutliche Abflachung befand sich an der rechten Seite von der spin. scapul. abwärts; vorn begann die Abflachung an der 3. Rippe. Die Leber war etwas hinabgedrängt, aber weder weich noch vergrössert. Athmungsgeräusch hinten von der spin. scapul. abwärts nicht zu hören, keine Egophonie. In der Interscapular-, Axillar- und Infraclaviculargegend deutlich bronchiales Athmen.

An der linken Seite befand sich eine Abflachung von der spin. scapul. an abwärts; Stimmfremitus und vesiculäres Athmungsgeräusch nicht nachweisbar, dagegen deutliches bronchiales Athmen in den höhern Achsel- und Interscapulargegenden. Herztöne normal, Puls kräftig, nicht aussetzend.

Pat. hatte vor wenigen Tagen geringe Schmerzen in der rechten Axillargegend, später Schmerzen unter der linken Brustwarze, ausserdem bedeutende cholikartige Schmerzen im Abdomen mit Erbrechen gehabt, war sonst aber ganz wohl gewesen. Im März will er einmal nasse Füsse gehabt haben. In der Familie Phthise nicht nachweisbar.

Urin: spec. Gew. 1018, Reaction sauer, kein Eiweiss, keine geformten Elemente.

Aspiration im 7. r. I. C. R.: es wurden 1700 ccm Eiter entleert, worauf eine grosse Erleichterung in der Athmung eintritt. Pat. verbringt eine sehr gute Nacht.

9. IV. Abends: Pat. befindet sich sehr schlecht, P. 130, R. 40, T. 38,9°. Aspiration im 7. l. I. C. R.: 1100 ccm Eiter, welcher aber bedeutend dicker ist, als derjenige der rechten Seite. Es tritt eine grosse Erleichterung ein, die Lunge dehnt sich sofort aus, die Gesichtsfarbe bessert sich und Pat. verbringt eine gute Nacht.

10. IV. Abends wieder grosse Athemnot und Cyanose R. 40. Rechts hatte sich wieder Flüssigkeit angesammelt. Aspiration:

1100 ccm Eiter. Die Lunge dehnt sich gut aus, Pat. verbringt eine gute Nacht.

11. IV. Abends: Aspiration links: der Eiter ist zu dick, um selbst durch die weiteste Hohlnadel zu fliessen. Punction rechts: 560 ccm Eiter.

12. IV. Im 8. l. I. C. R. wird ein doppeltes Drainrohr eingeführt, worauf über 560 ccm Eiter entleert wurden.

21. IV. Im 7. r. I. C. R. in der Axillarlinie wird ein Drainrohr eingefuhrt, ca. 280 ccm Eiter. T. 38,8°, P. 124, R. 40. Pat. hat eine gute Nacht, Allgemeinbefinden besser. Beiderseits bis zum 8. I. C. R. gutes vesiculäres Athmungsgeräusch nachweisbar.

23. IV. Nacht gut; etwas reizender Husten. Herztöne normal. Herzspitze unter der 6 Rippe, links vom Sternum.

28. IV. Nach einer guten Nacht, wacht Pat. früh um 5 Uhr davon auf, dass ein grosser fibrinöser Pfropf aus der Öffnung der rechten Seite ausgestossen wird, worauf grosse Erleichterung eintritt. Gutes vesiculäres Athmungsgeräusch rechts vorn bis zur 6. Rippe, hinten bis zum angul. scapul, links vorn bis zur 5. Rippe, hinten bis 2 Zoll unterhalb des angul. scapul. Antiseptischer Verband.

5. V. Appetit gut, kein Husten, Nächte gut. Pat. kann fast horizontal liegen, Temperatur normal; rechts fliessen 30 ccm fibrinöser Flocken, links 90 ccm geruchlosen Eiters ab. R. 36, P. 116, Untersuchung des Urins ergiebt ein negatives Resultat.

11. V. Links fliesst nichts mehr ab, rechts 45 ccm. Allgemeinbefinden bedeutend besser. Herzspitze in normaler Lage. Deutliche Retraction in der linken Inframammar- und untern Axillargegend, mit deutlichem Hervorragen des untern Teils des Sternums.

I. VI. R, 22, P. 100. Temperatur seit 10 Tagen normal. Links kein Abfluss seit 14 Tagen; das Drainrohr wird entfernt; rechts wurden 7,5 ccm gelatineartiger Substanz entleert.

24. VI. Seit 5 Tagen rechts kein Abfluss mehr. Temp. normal. P. 80—100. Hinten überall und vorn bis zur 6. Rippe gutes Vesiculärathmen. Pat. hat sehr zugenommen, hat guten Appetit, sitzt meist aufrecht, ist aber noch sehr bleich. Das Drainrohr rechts wird entfernt. Excursion der Brust sehr klein, die Scapulae bewegen sich etwas.

Der Umfang der Thorax in der Höhe der Brustwarze bei ruhiger Athmung beträgt 71 cm, bei forcierter Inspiration 73 cm.

27 VI. Pat wird ins Gebirge geschickt. R. 20, P. 80. Auf der ganzen Lunge gutes vesiculäres Athmungsgeräusch.

Zu diesem Fall bemerkt Curschmann*): „Gardiniers einen 14jährigen Knaben betreffender Fall ist insofern interessant, als es sich um doppelseitiges (nicht auf Phthise zurückzuführendes) Empyem handelte, welches durch Drainage zur Heilung kam."

Fall IV.**)

Ein Fall von doppelseitigem Empyem.

Alban P., 5 Jahr alt, erkrankte am 21. III. 90. Er hatte eine gewöhnliche Bronchitis mit starken Schmerzen in der linken Seite. Es wurde bald ein pleuritischer Erguss an der linker Seite constatiert und nach vorhergegangener Probepunction am 14. April eine Incision mit nachfolgender Drainage gemacht.

Eine gleichzeitig vorgenommene Untersuchung der rechten Seite ergab hinten unten eine leichte Dämpfung, aber das Respirationsgeräusch war, wenn auch leise, so doch deutlich durch die Gegend der Dämpfung hindurch zu hören. Diese Dämpfung nahm an Stärke und Ausdehnung zu, weshalb am 29. April rechts die Incision vorgenommen wurde. Die Thatsache, dass rechts dickerer Eiter und fibröse Massen entleert wurden, schien darauf hinzudeuten, dass die Krankheit auf beiden Seiten gleichzeitig begonnen hatte.

Pat. wurde schnell und wieder vollständig gesund: die erste Öffnung schloss sich am 16. Mai, die andere 4 Tage später.

Fall V.***)

Ein Fall von Empyema duplex.

Es handelt sich in diesem Falle um eine chronische, idiopathische, eitrige Pleuritis beider Brusthälften bei fast völlig normaler Körperbeschaffenheit.

Martin Guttmann, 31 Jahre alt, gelangte am 26. XI. 80 ins Krankenhaus. Die Anamnese ergab, dass er seit Mitte Juni an Husten und Auswurf leide, namentlich Nachts von heftigem mit

*) Virchow-Hirsch, Jahresberichte über die Forschungen und Leistungen der gesammten Medizin, 1888, II.

**) Aus W. A. Batchelor, Empyaema with reports of cases, including a case of double empyaema, Medic. News 1890, Octob. 11.

***) P. Hampeln, ein Fall von Empyaema duplex, Petersburg. Medic. Wochenschrift 1881, 18. (30.) April.

Erbrechen verbundenem Husten gequält sei. Keine Hämoptoë, keine nächtlichen Schweisse. Eine acute Krankheit sei nicht vorausgegangen, an Schmerzen habe er nicht gelitten. Verdauung normal. Vater an unbekannter Ursache tot, Mutter lebend und gesund. Pat. ist von mittlerem Wuchs und Ernährungszustand, anämisch. Temp. normal, Puls voll und regelmässig, 84. Pat. klagt z. Z. über Schwäche, Husten, Schmerzen in der Brust links vorn.

Der Thorax erscheint links etwas flacher und weniger beweglich als rechts. Die Percussion der Lungen ergiebt innerhalb oberer und unterer Grenzen vollen Schall, die Auscultation normales Vesiculärathmen, dem aber in der linken Lungenspitze feinblasige Rasselgeräusche beigesellt sind. Die Herzdämpfung ist im ganzen breiter als normal und überschreitet etwas den rechten Sternalrand. Herzstoss nur im Stehen an der Spitze, im 5. J. C. R. etwas nach aussen von der Mamilla zu fühlen. Längs der linken Lungenherzgrenze sind laute schabende Reibungsgeräusche vernehmbar, synchron mit den Herzbewegungen, stärker während der Expiration, schwächer während der Inspiration. Sie verdecken die Herztöne, welche schwach, aber rein erscheinen.

Unterleib etwas aufgetrieben und gespannt. Der untere Leberrand reicht fast bis zur horizontalen Nabellinie. Obere Lebergrenze normal. Das Organ ist druckempfindlich, glatt, nicht hart anzufühlen. Im übrigen der Befund normal. Harn von normaler Quantität. Diagnose: chron. Bronchopneumonie; secundäre fibrinöse Pericarditis; Fettleber. Der Verlauf der Erkrankung war weiter folgender: Was die Temperatur angeht, so bestand bis zum 24. Decbr. eine leichte febris hectica mit normaler Morgentemperatur und etwas erhöhter Abendtemperatur ($38{,}0^0$—$38{,}5^0$). Vom 24. XII. bis 5. I. 81 war auch Morgens die Temperatur erhöht ($38{,}0^0$—$38{,}5^0$) und Abends entsprechend gesteigert ($38{,}7^0$—$39{,}5^0$). Nach der am 6. I. 81 vorgenommenen Radicaloperation eines inzwischen entstandenen Empyems waren die Morgentemperaturen wieder meistens normal, die Abendtemperaturen aber immer erhöht ($38{,}3^0$—$38{,}5^0$). In den ersten 14 Tagen nach der Aufnahme waren die pericarditischen Geräusche vollständig geschwunden und die Herzdämpfung war zurückgegangen. Dagegen wurde am 10. XII. ein Exsudat in der linken Pleurahöhle nachgewiesen, dessen obere Grenze von der 7. Rippe in der vorderen Axillarlinie schräg zum Augul. scapul. aufstieg. Pat. klagte jetzt über heftige Schmerzen

in der ganzen linken Brusthälfte und Athemnot; der Husten war heftig, von reichlichem, eitrigen Auswurf gefolgt. Harnmenge sehr gering. Am 5. I. hatte das Exsudat in der vorderen Axillarlinie die 6. Rippe, hinten die Mitte der Scapula erreicht. Der halbmondförmige Raum war gedämpft. Probepunction im 6. I. C. R. vorn ergab eine eitrig seröse, sehr übelriechende Flüssigkeit als Inhalt der Pleurahöhle.

Am 6. I. wurde die linke Pleurahöhle nach partieller Resection der 7. Rippe in der Axillarlinie eröffnet, worauf 2000 ccm übelriechenden Eiters entleert wurden. In den nächsten 8 Tagen subjectives Wohlbefinden, keine Schmerzen, freies Athmen, kein Husten, guter Appetit, normaler Stuhl. Normaler Wundverlauf; dennoch auffallender Weise Abends Fieber.

16. I. Allgemeinbefinden wieder viel schlechter. Heftiger Husten und Auswurf mit geringen Blutspuren. Zunehmende Schwäche, hochgradige Anämie, beginnender Hydrops, nächtliche Schweisse. Trotzdem sich die Empyemhöhle rasch verkleinert, die Fistel sehr gut functioniert, nimmt die Schwäche immer mehr zu, bis am 8. Febr. der Exitus letal. eintritt.

Sectionsbefund. 1) Linke Lunge: bis auf geringes Oedem ganz normal, durchweg mit der Brustwand und in normaler Ausdehnung verwachsen. Die Thoraxfistel führt in eine kleine, von einer derben Membran ausgekleidete Höhle.

2) Rechte Lunge: gleichfalls ödematös, hinten unten comprimiert; gleichfalls mit der Thoraxwand fest verwachsen und zwar in normaler Ausdehnung. Die untere Grenze ist an der inneren Thoraxfläche durch einen derben, fibrösen Leisten marquiert, welcher folgende Punkte miteinander verbindet: in der Mamillarlinie den oberen Rand der 6. Rippe, in der Axillarlinie die 7. und neben der Wirbelsäule die 9. Rippe. Hingegen ist die Pleura diaphragmatica und pulmonalis im hintern Abschnitt durch ein eitriges Exsudat von einander geschieden, welches die Leber hinab und die untere Lungengrenze hinaufgedrängt hatte. Die Menge des guten, dicken Eiters betrug ca. 2000 ccm.

Epikrise: Die subjectiven Klagen sowohl als der objective Krankheitsbefund bestimmten die zu Anfang gestellte Diagnose, welche nach 14 Tagen durch den Nachweis eines pleuritischen Exsudates linkerseits eine Erweiterung erfuhr. Die Obduction ergiebt nun aber einen andern Zusammenhang: Pericarditis und

Empyem stimmte, aber die Lungen waren normal, die Leber nur hinabgedrängt durch ein Empyem rechts.

Verfasser glaubt daher folgenden Causalnexus aufstellen zu müssen: Pat. hatte im Sommer a. p. eine schleichende, chronische Pleuritis der rechten Seite, die zur Bildung eines abgesackten Empyems daselbst führte. Das Fehlen daraufhin deutender subjectiver Klagen spricht durchaus nicht gegen diese Annahme. Weiterhin kam es dann zu einer secundären Pericarditis und endlich Pleuritis der linken Seite. Eine rechtzeitig vorgenommene Radicaloperation rechts hätte vermutlich zu einer raschen Genesung geführt. Späterhin hätte allein eine doppelseitige Radicaloperation die Genesung bewirken können.

Ausser diesen 5 Krankengeschichten, welche ich aus Gründen, auf die ich später noch zurückzukommen habe, so ausführlich, z. T. verbotenus mitgeteilt habe, finden sich in der Litteratur noch zwei Fälle dieser Art, bei denen es sich zweifellos nicht um Tuberculose handelt. Fräntzel*) bemerkt zu diesen beiden Beobachtungen Folgendes:

Fall VI.

„Cheadle und Broadbent**) konnten in einem Fall ein doppelseitiges Empyem wegen mangelnder Symptome erst nach 14 tägigem Hospitalaufenthalt diagnosticieren. Es handelte sich hier um eine Schwangere, welche, nachdem rechts 1400 ccm, links 540 ccm Eiter entfernt waren, sehr rasch gesund wurde und bald darauf von einem siebenmonatlichen lebenden Kinde entbunden wurde, das aber nach einigen Tagen starb."

Fall VII.

„Sinclair***) berichtet über einen Fall von doppelseitigem Empyem und eitriger Infiltration des Mediastinum, im Anschluss an Abscess der rechten Lunge. Der Abscess befand sich im rechten oberen Lappen, inmitten verdichteten Gewebes, nirgends

*) Virchow-Hirsch, 1878, Bd. II resp. 1885 Bd. II.

**) Cheadle and Broadbent, Douple Empyema. The medic. Press and Circul. 1878 Dec. 11.

***) Sinclair. Chronic pneumonia with abscess, purulent infection, double empyema, aspiration, death. The British med. journ. 1885, May 30.

in Berührung mit der Pleura. Sinclair fasst das Empyem als Folge purulenter Infection, ausgehend von dem Abscess, auf."

Ich habe alle diese Fälle so ausführlich dargestellt, weil einerseits aus den Krankengeschichten am besten hervorgeht, wie prompt der Organismus und der ganze Krankheitszustand desselben auf eine geeignete Behandlungsweise reagiert, wie sich sofort nach der Eröffnung und Entleerung der betreffenden Pleurahöhle der Allgemeinzustand hebt, wie das bei einer ausgebreiteten Lungentuberculose, welche nach Ansicht der meisten Autoren einer doppelseitigen Pleuritis zu Grunde liegen muss, niemals der Fall ist. Andrerseits lässt sich bei dieser Ausführlichkeit am besten ersehen, dass eine derartige Erkrankung eben nicht auf dem Boden einer Tuberculose zu entstehen braucht, sondern vielmehr auf andere Gründe und Complicationen von der Lunge oder anderen Organen aus zurückgeführt werden kann.

So sehen wir in den Fällen I, III, IV, V und VI das doppelseitige pleuritische Empyem auftreten, entweder ohne jede nachweisbare Erkrankung eines anderen Organs oder im Anschluss an einen pathologischen Zustand der Lunge, wie croupöse Pneumonie, Bronchopneumonie oder Bronchitis. In Fall II handelt es sich dagegen um eine septische Infection, welche sich von dem Genitalapparat aus auf dem Wege des Lymphstromes der Pleura mitgeteilt hat oder aber auf das Erysipel der Mammae zurückzuführen ist, während dem Fall VII eine ähnliche purulente Infection, diesmal jedoch von einem und zwar nicht tuberculösen Herde in der Lunge aus, zu Grunde gelegt werden muss.

Wenn wir auch erfahrungsgemäss annehmen dürfen, dass gelegentlich einmal eine Lungentuberculose zur Ausheilung kommt, so müssen wir doch gestehen, dass in solchen Fällen die Tuberculose immer eine mehr oder weniger geringe Ausdehnung erlangt, jedenfalls sich aber nicht derartig ausgebreitet hatte, dass beide Pleuren mit inficiert werden konnten. Warum wollen wir denn nicht annehmen, dass die Pneumoniekokken, welche zuweilen in dem Eiter eines im Anschluss an Pneumonie entstandenen pleuritischen Exsudates gefunden werden, auch die Erreger der Pleuritis waren? Die Diagnose einer doppelseitigen Pleuritis wird meistenteils wohl kaum auf Schwierigkeiten stossen, wenn man das ganze Krankheitsbild und den Verlauf, verbunden mit einem genauen Percussions- und Auscultationsresultat beobachtet. Schliesslich hat

man immer die, wenn nötig, des öftern zu wiederholende Probepunction als letztes, aber auch sicherstes Mittel, um zu einer richtigen Diagnose zu gelangen.

Was die Prognose anlangt, so müssen wir dieselbe allerdings, solange wir die doppelseitige Pleuritis für tuberculös halten, als ungünstig bezeichnen. Wenn wir aber eben jetzt zu der Ueberzeugung gekommen sind — und wenn das der Fall ist, so wäre der Zweck dieser Zeilen erreicht — dass recht wohl eine doppelseitige Pleuritis ohne Tuberculose vorkommen kann, so sind wir auch in der glücklichen Lage, das Leben unserer derartig erkrankter Patienten nicht unbedingt für gefährdet halten zu müssen. Allerdings muss man es in jedem dieser Fälle mit der Prognose ernst nehmen, da die Krankheitsformen, welche der Pleuritis zu Grunde liegen, seien es Complicationen der Lunge, wie Pneumonie, oder sei es eine Allgemeininfection wie Sepsis, an sich schon das Leben in grosse Gefahr bringen können. Wenn man aber bedenkt, dass von den 7 mitgeteilten Fällen nur einmal der Exitus eintrat und in dem Fall wahrscheinlich nur, weil das zweite Empyem nicht diagnosticiert und daher auch nicht behandelt war, alle andern dagegen geheilt wurden, so kann man die Prognose doch immerhin als eine relativ günstige bezeichnen.

Bezüglich der Therapie ist von der grössten Wichtigkeit, dass der Arzt zur rechten Zeit eingreift und nicht wartet, bis das Allgemeinbefinden ein so schlechtes, der Kräfteverfall ein so grosser ist, dass dadurch allein schon das Leben bedroht wird.

Dass in dem Falle einer sicheren Diagnose eines Empyems operativ vorgegangen werden muss, sei es nun mittels der Punction oder der Bulau'schen Aspirationsdrainage oder der Radicaloperation unter Resection von kleineren oder grösseren Rippenteilen, darüber ist man in Fachkreisen einer Ansicht. Es fragt sich nur, wann und auf welche Methode operiert werden soll.

Ist einerseits die Ausdehnung des Empyems bereits ein derartiges, dass durch dasselbe die Athmung erschwert und behindert wird, — und das wird bei doppelseitiger Pleuritis schon frühzeitig der Fall sein — ist andrerseits das Allgemeinbefinden ein sehr schlechtes, ist hohes Fieber, Cyanose, grosse Unruhe und Qual vorhanden, so hat man sofort die Pleurahöhle zu entleeren. Ist dagegen das Allgemeinbefinden noch nicht so bedrohlich, die Athmung noch relativ frei, so kann man vielleicht mit der Opera-

tion noch etwas säumen, besonders wenn die bisher vorgenommenen Probepunctionen keine absolute Sicherheit über das Vorhandensein eines Empyems gegeben haben.

In der letzten Zeit haben sich die Berichte über günstige Resultate der Bülau'schen Aspirationsdrainage sehr gemehrt und in manchen Fällen wird dieselbe sicherlich von grossem Nutzen sein. So giebt Gerhardt*) an, diese Methode eigne sich einerseits für leichtere Formen bei Kindern, metapneumonische, nur leicht eitrig getrübte, kleinere, frischere Ergüsse, andrerseits aber auch für länger bestehende Empyeme. Besonders wertvoll sei dieselbe bei doppelseitigem Empyem oder bei Hinzutritt eines anderseitigen zu einem resecierten Empyem. Jedoch sei die Methode nur bei sehr ruhigen Patienten und unter günstigen Verhältnissen anzuwenden, da man nur mit geschulten Gehülfen und sorgfältiger Ueberwachung der Kranken die nicht geringen technischen Schwierigkeiten überwinden könne.

Wir halten die Radicaloperation mit Rippenresection für die sicherste und rationellste Methode, um ein Empyem dauernd zu beseitigen. Es kommt des öftern vor, dass nach vorausgegangener Aspirationsdrainage späterhin doch noch reseciert werden muss, um die Pleurahöhle definitiv zu entleeren und dann unter ungünstigeren Verhältnissen, als wenn man sich gleich dazu entschlossen hätte. Bei einem doppelseitigen Empyem wird man sich ja schwerlich darauf einlassen wollen, beiderseits gleichzeitig eine Radicaloperation vorzunehmen und in einem solchen Falle ist immerhin die Aspirationsdrainage, wenn eben gleichzeitig operirt werden muss, ein sehr wertvolles Aushülfsmittel.

Wenn wir von andern Statistiken, welche auch für die Radicaloperation sprechen, absehen und uns auf unsere, allerdings nur sehr kleinen Zahlen berufen, so haben wir unter den 7 Fällen 4 Rippenresectionen und 2 Drainagen mit gutem Verlauf, während der einzige tötlich verlaufene Fall überhaupt erst post mortem diagnosticiert wurde, nach Ansicht des Berichterstatters aber wahrscheinlich leicht mittelst doppelseitiger Radicaloperation hätte geheilt werden können.

Wir müssen die Radicaloperation für die beste Methode zur Behandlung, auch des doppelseitigen Empyems halten, weil sie uns

*) Deutsche Chirurgie: Gerhardt, die Pleuraerkrankungen, Stuttgart 1892.

als das allein sichere Mittel erscheint, eine vereiterte Pleurahöhle zu entleeren und ein Recidiv zu verhüten.

Der durch die Narbenretraction entstehende, geringe kosmetische Fehler wird um so weniger in Betracht gezogen werden, je mehr das Leben des Patienten bedroht wurde.

Bevor ich schliesse, möchte ich nicht verfehlen, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. von Starck, für die freundliche Anregung zu der Arbeit, Überweisung des Materials, sowie bereitwillige Unterstützung bei der Bearbeitung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Vita.

Ich, Paul Gustav Alexander Lüders, wurde geboren am 14. October 1867 zu Hamburg. Ich besuchte daselbst die Gelehrtenschule des Johanneums, sowie das Wilhelmsgymnasium und verliess das letztere Michaelis 1887 mit dem Zeugnis der Reife, um mich auf den Universitäten Marburg, Heidelberg, Kiel dem Studium der Medizin zu widmen. Am 29. Juli 1889 bestand ich zu Marburg das Tentamen physicum, am 11. Juli 1892 das Staatsexamen zu Kiel und ebendaselbst am 21. Juli d. J. das Examen rigorosum.